

10 questions fréquentes à propos de la grossesse au cours d'une épilepsie

10 frequent questions about the pregnancy during an epilepsy

Pôle psychiatrie et neurologie, Grenoble institut of neurosciences, CHU de Grenoble,
Inserm U836 EFSN, Grenoble cedex 9, France

C. Sabourdy

RÉSUMÉ

Envisager une grossesse n'est plus formellement déconseillé chez une femme épileptique ; il convient tout de même d'être attentif à quelques données. L'influence de la grossesse sur la fréquence des crises est très variable même si une absence d'épisodes critiques depuis plus de neuf mois est un bon pronostic pour une grossesse sans crise. En termes de tératogénicité, les crises focales semblent avoir peu de répercussion mais, il faut éviter au maximum les crises généralisées notamment à partir du second trimestre. La gestion des antiépileptiques est plus problématique même si les données issues des registres de grossesses nationaux et internationaux ont permis d'affiner la prise en charge médicamenteuse ces dernières années. Actuellement, l'intérêt de privilégier une monothérapie à libération prolongée semble bien établi, en évitant le valproate de sodium. Il semble également exister un effet dose pour toutes les molécules, ce qui conduit à favoriser des posologies limitées à 300 mg pour la lamotrigine et 750 mg pour le valproate de sodium. En ce qui concerne l'allaitement, les données concernant les molécules plus récentes sont encore rares et la décision d'encourager ou non la mère à allaiter se fera au cas par cas en concertation avec le gynécologue.

© 2012 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

SUMMARY

At the present time, it is assumed that most women with epilepsy could have a successful pregnancy. Nevertheless, pregnancy counselling is mandatory to optimise both maternal and baby outcome. Seizure frequency during pregnancy is highly variable but being seizure free for at least 9 month prior to conception is associated with a high rate of seizure free pregnancy. Regarding the teratogenicity issue, partial seizure occurring during pregnancy appears to be safe whereas generalized seizure should be avoided. Concerning antiepileptic drugs (AED), the most recent data from national and international AED registries regarding major congenital malformation underline that AED polytherapy and valproate de sodium, if possible, should not be used. Moreover, since there is a dose dependant effect for all the AED, low dosages should be preferred. Lastly, breastfeeding should be considered individually.

© 2012 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

INTRODUCTION

On estime le nombre de grossesses survenant chez des femmes épileptiques de trois à cinq grossesses sur 1000 (Harden et al., 2009a), ce qui représente pour l'année 2010 en France de 2500 à plus de 4000 grossesses. Longtemps, la maternité a été déconseillée ou

découragée chez les patientes épileptiques. L'évolution des connaissances concernant notamment la tératogénicité des différents antiépileptiques (AE) a heureusement permis un assouplissement du discours médical. Cette situation reste cependant souvent délicate à gérer pour le praticien du fait des questions encore non résolues et du surcroît de

Mots clés

Épilepsie
Crise
Grossesse
Allaitement
Malformation congenital
Antiépileptiques

Keywords

Epilepsy
Seizure
Pregnancy
Breastfeeding
Congenital malformation
Anti-epileptic drugs

Adresse e-mail :
CSabourdy@chu-grenoble.fr

stress pour la future mère. Voici quelques-unes des questions les plus fréquentes auxquelles le praticien est confronté dans cette situation, et les réponses qu'il peut être tenté d'apporter, en fonction de l'état actuel des connaissances dans le domaine.

LA GROSSESSE EXERCE-T-ELLE UNE INFLUENCE SUR L'ÉPILEPSIE ET LA FRÉQUENCE DES CRISES ?

Plusieurs éléments peuvent théoriquement intervenir et modifier la fréquence des épisodes critiques : une variation des concentrations en hormones sexuelles, une moindre compliance thérapeutique du fait des craintes relatives à l'exposition du fœtus, l'état de stress, la privation de sommeil et la fatigue, et, surtout, une baisse des taux sériques des AE. En effet, au cours de la gestation, l'expansion du volume plasmatique entraîne une altération du volume de distribution des AE. Parallèlement, surtout au cours du troisième trimestre suite à l'accroissement du débit cardiaque, il existe une majoration des flux sanguins hépatique et rénal favorisant l'élimination de certains AE (Yerby et al., 1992). Une revue récente de la littérature (Harden et al., 2009a) apporte cependant des éléments rassurants puisque selon les études colligées, 54 à 80 % des patientes ne présentent pas de modifications majeures de l'incidence des crises au cours de la grossesse, le chiffre de 80 % étant observé chez des femmes bien observantes avec une surveillance des taux sériques des AE. Une majoration de la fréquence des crises est rapportée dans 14 à 32 % des cas et au contraire une diminution dans 3 à 24 %. De façon intéressante, les patientes libres de crise depuis plus de neuf mois semblent avoir de 84 à 92 % de chances de ne pas présenter d'épisode critique au cours de leur grossesse (Gjerde et al., 1988 ; Tomson et al., 1994).

EXISTE-T-IL UN RISQUE POUR LE FŒTUS LIÉ À LA SURVENUE DE CRISES AU COURS DE LA GROSSESSE ?

Le risque de malformations fœtales liées intrinsèquement à l'épilepsie d'une part et aux crises d'autre part, est difficile à apprécier. Une méta-analyse portant sur dix études ne met pas en évidence de différence significative en termes de malformations entre le groupe de patientes épileptiques non traitées et le groupe contrôle sans épilepsie, suggérant une absence de répercussion significative de l'épilepsie en elle-même sur le développement fœtal (Fried et al., 2004). Dans une étude prospective portant sur le suivi de 983 grossesses chez des femmes épileptiques, Kaneko et al. ne notent pas d'association statistiquement significative entre le taux d'anomalies congénitales d'une part, et les caractéristiques de l'épilepsie, d'autre part,

(le type, la fréquence des crises, l'existence ou non de généralisation pendant le premier trimestre [Kaneko et al., 1999]). Pourtant, certains travaux plaident pour l'existence d'une hypoxie fœtale et d'une acidose lors des crises généralisées et des complications fœtales majeures ont été rapportées ponctuellement suite à de tels épisodes critiques (morts nés, hémorragies intracrâniennes fœtales, bradycardie transitoire) (Hiilesmaa et al., 1985 ; Minkoff et al., 1985). En ce qui concerne les crises focales, les absences et les myoclonies, il existe peu de données dans la littérature mais leur survenue ne semble pas associée à un risque accru de malformations congénitales (Crawford, 2005).

LES TRAITEMENTS ANTIÉPILEPTIQUES PRIS PENDANT LA GROSSESSE RISQUENT-ILS D'ENTRAÎNER DES MALFORMATIONS ?

En fait, plus que l'épilepsie ou la survenue de crises, c'est l'exposition à des AE au cours du premier trimestre de la grossesse qui apparaît comme le facteur de risque principal de survenue de malformations congénitales dans de nombreux travaux. Afin d'évaluer la répercussion de l'épilepsie et des différents AE chez les femmes épileptiques enceintes, plusieurs registres de grossesse ont vu le jour dans les années 1990. Les principaux sont le registre Nord américain (North American AED Pregnancy Registry), le registre du Royaume Uni (UK Epilepsy and Pregnancy Registry), et le registre international incluant 40 pays majoritairement européens (EURAP : European and International Registry of Anti-epileptic Drugs in Pregnancy). Il existe également des registres nationaux (Australie, Danemark), ou mis en place par des groupes industriels (GSK International Lamotrigine Registry, UCB Keppra Registry). Ces dernières années, chaque publication émanant de ces registres a donné lieu à de nombreux commentaires et a influencé de façon majeure la prise en charge des patientes. Les données publiées ont généralement porté sur les malformations congénitales majeures observées chez les nourrissons nés de femmes épileptiques, traitées ou non pendant leur grossesse, ayant participé à un registre. De façon générale, parmi les anomalies détectées à la naissance, on distingue les anomalies majeures qui interfèrent de manière significative avec la fonction de l'organe et nécessitent souvent une intervention, et les anomalies mineures (Holmes et al., 2001). Pour les premières, on décrit essentiellement des atteintes cardiaques (tétralogie de Fallot, coarctation de l'aorte, sténose de l'artère pulmonaire, anomalies septales), des anomalies de fermeture du tube neural, (surtout le spina bifida), des hypospadias, et des fentes labiales ou palatines. Les malformations mineures concernent essentiellement des anomalies de la ligne médiane (hypertélorisme,

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3087353>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3087353>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)